受付年月日	令和　年　月　日
伺年月日	令和　年　月　日
決裁年月日	令和　年　月　日

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当

資格取得	平・令　年　月　日	
資格喪失	令和　年　月　日	
前回	始	令和　年　月　日
	終	令和　年　月　日
支払年月日	令和　年　月　日	
不支給理由		

支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当付加金	円
支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
標準報酬月額	千円（第　級）	

出産手当金・出産手当付加金請求書　（第　回目）

令和　5　年　10　月　20　日

カヤバ健康保険組合理事長殿

被保険者
住　所　岐阜県可児市土田 777 番地
氏　名　健　保　花　子

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	201-77777	事業所の名称	カヤバ株式会社	標準報酬等級月額	円 第　級
分娩前 分娩後 の別		分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と分娩のあった年月日	分娩予定日　令和 5 年 10 月 1 日 分娩日　令和 5 年 10 月 2 日		
分娩のため休んだ期間	令和　5 年 8 月 21 日から 令和　5 年 11 月 27 日まで　99 日間				
上の期間の報酬（賃金）の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日分 円				
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通 当座）　郵便局				

医師の証明をもらう事 ⇓

医師または助産婦の意見	分娩予定年月日	令和　年　月　日	分娩予定	単 多 胎（　児）
	分娩年月日	令和　年　月　日		
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ月）
	うえのとおり相違ありません。 令和　年　月　日 (職名　)　住所　氏名			

事業主証明	労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年　月　日から　の分　金　円（　月　日支払）（日額 金　円）
		交通費等、一部負担した場合、又はする場合	年　月　日から　年　月　日まで　の分　金　円（　月　日支払）（日額 金　円） 年　月　日から　年　月　日まで　の分　金　円（　月　日支払）（日額 金　円）
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 事業主　住所　氏名		

委任状	請求金額の受領を下記の代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者の　住所　岐阜県可児市土田 777 番地 氏名　健保　花子 代理人の　住所 氏名
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店（普通 当座）　郵便局

確認欄（チェック）	☑ この届出については 1 又は 2 の要件を満たしたものである。 ①申請書本人（被保険者）が作成したものである。 ②申請者本人の作成ではないが、記載内容については本人に確認してある。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）